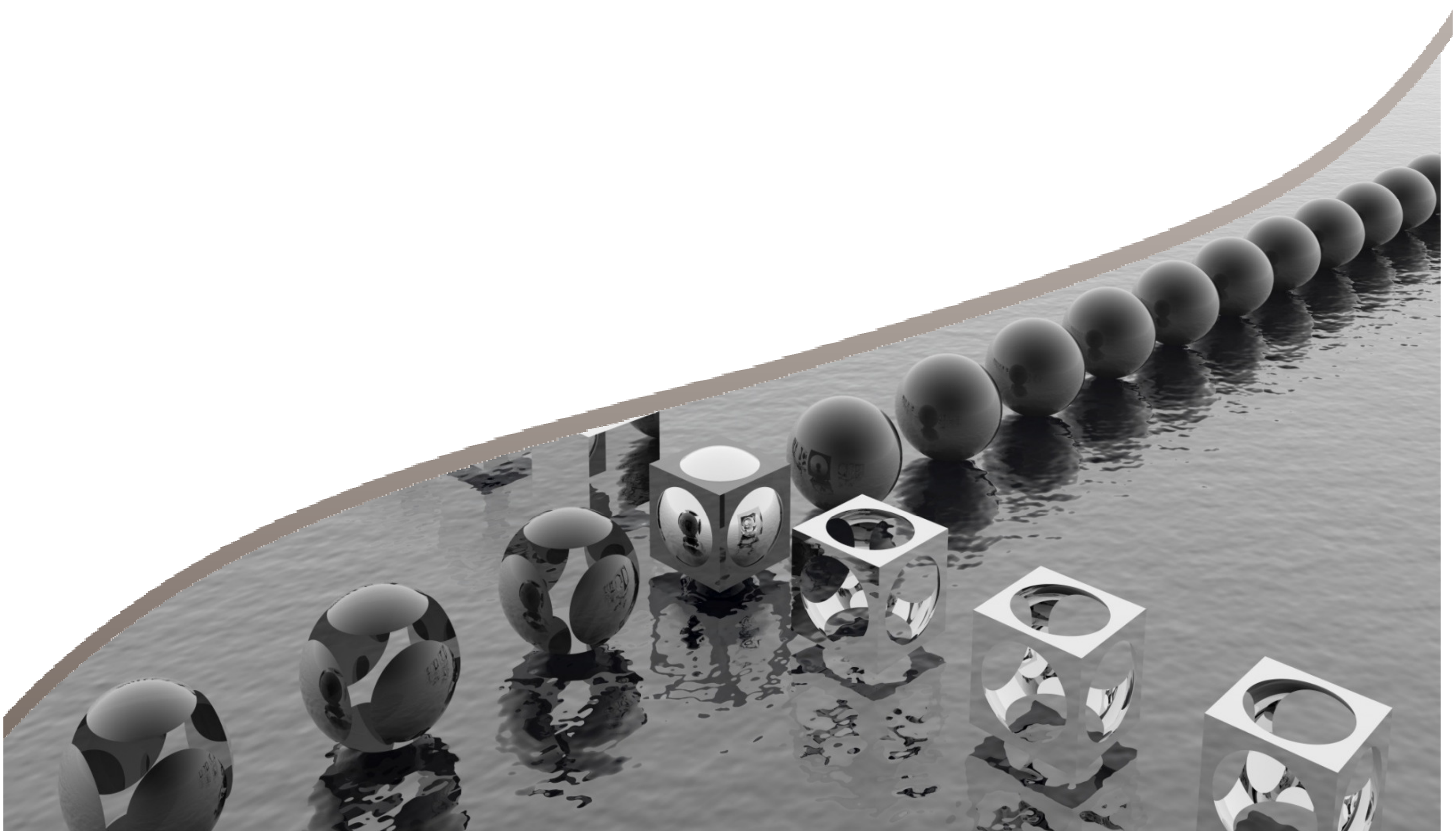
Doorontwikkeling Zorgvraagzwaarte-indicator GGZ

Eindrapportage fase 2

september 2015



Auteurs:

Leden werkgroep Doorontwikkeling Zorgvraagzwaarte-indicator GGZ

Datum:

september 2015

Inhoud

Managementsamenvatting

De zorgvraagzwaarte-indicator (zvz-indicator) legt de relatie tussen problematiek en de benodigde behandelinzet. Tot dusver ontbrak een dergelijk instrument in de GGZ. Het belang van zo'n indicator is echter groot, bijvoorbeeld voor het sturen van passende zorg of bij het maken van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

In 2011 is een start gemaakt met het ontwikkelen van een zvz-indicator voor de gespecialiseerde GGZ (fase 1). Eerdere pogingen om een dergelijke indicator te ontwikkelen zijn gestrand. Vooraf was duidelijk dat de ontwikkeling niet eenvoudig zou zijn en de nodige tijd vergt. Besloten is een beperkte eerste stap te maken op basis van gegevens die al voor handen waren in een landelijke database. Gegevens in de Minimale Dataset (MDS) van DBC's/Zvw voldeden aan dit criterium.

In 2014 en 2015 heeft de tweede fase van het onderzoek plaatsgevonden en is gewerkt aan een betere onderbouwing van de zvz-indicator. Daarbij zijn belangrijke stappen voorwaarts gemaakt. Er is een methode ontwikkeld om de indicator op groepsniveau (niveau diagnose – zvz-categorie - zorgaanbieder) in plaats van op individueel niveau (niveau diagnose -zvz-categorie - patiënt) te berekenen. Deze methode sluit beter aan op de gebruiksdoelen van zvz-indicator.

Evengoed kent de zvz-indicator op groepsniveau nog belangrijke beperkingen. Aan de hand van een daartoe ontwikkeld beoordelingskader is vastgesteld dat de zvz-indicator overall 'oranje' scoort. Een belangrijk criterium betreft de inhoudsvaliditeit. Uit analyse van landelijke (gepseudonimiseerde) data is naar voren gekomen dat de zeggingskracht op groepsniveau aanzienlijk groter is dan eerder gedacht, maar nog altijd onvoldoende om alleen op basis hiervan conclusies te trekken, noch door GGZ-aanbieders noch door verzekeraars.

Aanlevering van de zvz-indicator is door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verplicht gesteld per 1 januari 2014 voor alle zorgaanbieders in de GGZ; vanaf 2016 vindt aanlevering gepseudonimiseerd plaats via de declaratie. Verantwoord gebruik is van het grootste belang voor het draagvlak voor de doorontwikkeling van de zvz-indicator. Daarom is voor GGZ-instellingen en verzekeraars een handreiking voor verantwoord gebruik van de indicator in haar huidige vorm opgesteld. Voor zelfstandig gevestigde zorgverleners is een separate afspraak gemaakt: De zvz-indicator is voor deze praktijken op dit moment nog niet bruikbaar. Door Zorgverzekeraars Nederland is voor haar leden een Uniforme Maatregel 'Gebruik van zorgvraagzwaartegegevens GGZ-instellingen' opgesteld. Toetsing van het gebruik van de indicator in de praktijk maakt - naast de inhoudelijke versterking daarvan - dan ook een belangrijk onderdeel uit van de derde fase van het verdere doorontwikkeltraject.

Resultaten Doorontwikkeling fase 2

De 6 belangrijkste resultaten van de tweede fase van de doorontwikkeling van de zvz-indicator zijn:

1. Groepsniveau

De ontwikkelde zvz-indicator is in de eerste fase van het onderzoek toegepast op individueel (patiënt)niveau. De verklaarde variantie bedroeg op dit individuele niveau slechts circa 6,5% voor de behandelminuten.

Vastgesteld is dat een zvz-indicator berekend op groepsniveau passend is in aansluiting op de primaire doelen van de zvz-indicator (zorgcontractering, materiële controle en risicoverevening). Op groepsniveau wil zeggen dat de verklaarde variantie per combinatie hoofdgroepdiagnose, zorgvraagzwaarte-categorie en zorgaanbieder wordt berekend.

Er zijn geen wijzigingen in de onderliggende variabelen van de van de indicator. Maar door te voldoen aan het criterium statistische betrouwbaarheid[1], bedraagt de verklaarde variantie op groepsniveau 38% voor de behandelminuten. Deze uitkomst op basis van een gewijzigde methodologie toont aan dat de zeggingskracht van de indicator beter is dan eerder gedacht, maar, zoals gezegd, nog onvoldoende is om alleen op basis hiervan conclusies te trekken, noch door zorgaanbieders, noch door zorgverzekeraars.

2. Zorgvraagzwaarte in 3 groepen: Laag, Midden, Hoog

De zvz-indicator kent een indeling in 7 klassen. Uit de analyses is naar voren gekomen dat het handhaven van 7 klassen zou betekenen dat er weinig zorgaanbieders aan de eis van statistische betrouwbaarheid zouden voldoen. De 7 zvz-klassen zijn nu onderverdeeld in 3 groepen: Laag (zvz-klasse 1, 2 en 3), Midden (4, 5), Hoog (6 en 7). Deze clustering leidt weliswaar tot minder gedetailleerde informatie, maar is met drie clusters naar verwachting praktisch beter hanteerbaar.

3. Inhoudelijke verrijking

De zvz-indicator kan naar verwachting worden versterkt door deze te verrijken met andere data. Om dit te onderzoeken is er succesvol een koppeling van declaratiegegevens (Vektis), DBC-data en ROM-data tot stand gebracht. Naar de toegevoegde waarde van variabelen, die zijn opgenomen in deze data (bijvoorbeeld ziektevoorgeschiedenis), is op groepsniveau diepgaander analyse nodig. Ook bleken de beschikbare ROM-gegevens op dit moment nog te beperkt in omvang om aan het criterium van statistische betrouwbaarheid te kunnen voldoen.

4. Stagering

Er is uitgebreid verkennend onderzoek gedaan naar de waarde van stagering in relatie tot de zvz-indicator. Met stagering wordt geduid op de mate van progressie van de ziekte ofwel de fase van ontwikkeling van de ziekte waarin de patiënt zich bevindt. In de literatuur is over de relatie tussen stagering en zorgvraagzwaarte weinig te vinden. Het onderzoek dat is gedaan onder patiënten met een depressieve stoornis, biedt mogelijk wel aanknopingspunten. Er is nog langdurig wetenschappelijk onderzoek en veel inspanning nodig, wil stagering (als dan) ook in praktische zin meegenomen kunnen worden in de zvz-indicator zoals nu ontwikkeld.

5. Beoordeling(skader)

Er is een beoordelingskader ontwikkeld om vast te kunnen stellen hoe robuust de zvz-indicator is voor gebruik in de praktijk. Het beoordelingskader bestaat uit 5 variabelen waarvan de hierboven genoemde verklaarde variantie (inhoudsvaliditeit) er één is.

---

1 Hiermee wordt bedoeld dat per hoofdgroepdiagnose en zorgvraagzwaarte-categorie het minimum aantal vereiste dbc's is berekend. Wanneer een zorgaanbieder niet voldoet aan het minimaal aantal dbc's dan is deze zorgaanbieder voor deze data niet meegenomen in het berekenen van de verklaarde variantie.

Aan de hand van het beoordelingskader is een beeld gevormd van de robuustheid van de zvz-indicator op groepsniveau. De overall score is 'oranje', dat wil zeggen dat de indicator nog belangrijke beperkingen kent. Afspraken over verantwoord gebruik en doorontwikkeling van de zvz-indicator zijn daarom essentieel.

Naast inhoudsvaliditeit vormt de statistische betrouwbaarheid een belangrijk kwantitatief criterium in het beoordelingskader. Deze is in combinatie met het op groepsniveau berekenen van de zvz-indicator voor de drie zvz-clusters uitgewerkt. Bepalend voor de betrouwbaarheid is het aantal dbc's per cluster (laag-midden-hoog) en hoofddiagnose (bijvoorbeeld Depressieve Stoornissen) bij een zorgaanbieder. Indien dit aantal te laag is, dan is de indicator niet te gebruiken. Vooral bij kleinere zorgaanbieders, inclusief zelfstandige praktijken, zal dit het geval zijn.

In tabel 1 presenteren we hierna een voorbeeld van twee fictieve zorgaanbieders. Voor de eerste zorgaanbieder met 10.000 patiënten geldt dat een groot aantal zvz-clusters voldoende dbc's kennen om het gesprek aan te gaan; deze hebben een groene kleur. De zorgaanbieder met circa 1000 patiënten kent een veel kleiner aantal groene vlakken.

Aanbieder GGZ Fictief 1:	zvz-cluster		
10.000 patiënten	laag	midden	hoog
Angststoornissen	429	1.255	37
Depressieve stoornissen	548	1.795	266
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	135	403	16
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	6	196	65
Aan alcohol gebonden stoornis	65	333	26
Overige aan een middel gebonden stoornis	47	363	54
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	13	526	517
Persoonlijkheidsstoornissen	30	903	246
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	125	387	32
Bipolair en overig	170	322	62
Somatoforme stoornis	75	228	4
Restgroep	112	184	26

Aanbieder GGZ Fictief 2:	zvz-cluster		
1.000 patiënten	laag	midden	hoog
Angststoornissen	59	171	5
Depressieve stoornissen	45	148	22
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	43	129	5
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	0	10	3
Aan alcohol gebonden stoornis	3	17	1
Overige aan een middel gebonden stoornis	2	18	2
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	1	26	26
Persoonlijkheidsstoornissen	1	18	5
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	6	19	2
Bipolair en overig	54	103	20
Somatoforme stoornis	4	11	
Restgroep	6	9	1

Tabel 1: Overzicht van twee fictieve zorgaanbieders met respectievelijk 10.000 en 1.000 patiënten

6. Gebruik zvz-indicator: Handreiking en Uniforme Maatregel

Partijen hebben afgesproken dat de zvz-indicator vooralsnog uitsluitend wordt gebruikt voor GGZ-instellingen, die bij de verschillende hoofddiagnoses/zorgvraagzwaartes voldoen aan de eis van statistische betrouwbaarheid. Voor zelfstandig gevestigde behandelaren is het gebruik de zvz-indicator nog niet van toepassing. Voorgesteld wordt om in een volgende fase van het onderzoek (fase 3) een oplossing te zoeken voor het kleine aantal DBC's (waarmee niet wordt voldaan aan de eisen die hieraan uit het oogpunt van statistische betrouwbaarheid worden gesteld) én de afspraak om de zvz-gegevens niet per individuele behandelaar te presenteren. Dit met het doel dat de zvz-indicator ook gebruikt kan worden in het gesprek tussen deze zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De zvz-indicator kan worden gebruikt in gesprekken tussen zorgverzekeraar en GGZ-instellingen mits dit zorgvuldig gebeurt. Voor het gebruik van de zvz-indicator is een handreiking 'Gebruik zorgvraagzwaarte-indicator GGZ voor GGZ-instellingen en zorgverzekeraars' opgesteld. Zorgverzekeraars Nederland heeft bovendien voor haar leden een Uniforme maatregel 'Gebruik van zorgvraagzwaartegegevens GGZ-instellingen' opgesteld.

Voorstel doorontwikkeling fase 3

De doorontwikkeling van de zvz-indicator in de komende 3 jaar is naar de mening van de betrokken partijen zeker nodig. Voor deze fase wordt de volgende opzet voorgesteld:

1. *Doorontwikkeling van zvz-indicator, waaronder:*
   a. Versterken Inhoudsvaliditeit van de zvz-indicator, allereerst door variabelen toe te voegen zoals die door de vorige werkgroep aan het einde van fase 1 zijn aanbevolen, waaronder ROM- en declaratie-gegevens. Uit vervolgonderzoek moet blijken of deze variabelen op groepsniveau waarde toevoegen aan de inhoudsvaliditeit.
   b. Nader onderzoek naar de wijze waarop de 7 zorgvraagzwaarte klassen geclusterd zijn in 3 groepen: Laag, Midden, Hoog. In het vervolg zal door inhoudsexperts deze clustering getoetst worden op herkenbaarheid in de praktijk.
2. *Gebruik in de praktijk:*
   a. Gebruikersraad: Voorgesteld wordt een gebruikersraad van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in te stellen die zich buigt over het samenstellen van zinvolle en verantwoorde informatie op basis van de zvz-indicator. Ervaringen in de praktijk worden door de gebruikersraad geëvalueerd en op basis daarvan worden aanbevelingen gedaan voor de doorontwikkeling en het gebruik van de zvz-indicator.
   b. Praktijktoetsen: De vraag aan GGZ-instellingen en zorgverzekeraars is of de uitkomsten met betrekking tot de zvz-indicator herkenbaar en bruikbaar zijn in de praktijk. Vektis zal hiertoe in de komende periode in het kader van de praktijkvariatie-studies rapportages over de zvz-indicator aan zowel zorginstellingen als zorgverzekeraars ter beschikking stellen (zie voor een voorbeeld tabel 2).
   c. Afzonderlijk traject vrijgevestigde behandelaren: Afgesproken is dat voor de zelfstandige praktijken wordt onderzocht hoe de zvz-gegevens voor hen betekenisvol kunnen worden gegroepeerd naar bijvoorbeeld regio of een groep van vergelijkbare praktijken, zodat ook door hen de zvz-indicator op een valide wijze berekend kan worden. In de praktijk zal worden getoetst of zo'n groepering werkbaar is. Als dat het geval is zullen de handreiking en de uniforme maatregel worden aangepast.

3. *Werkgroep Doorontwikkeling zvz-indicator:*
   De uitvoering van fase 3 wordt ter hand genomen door een werkgroep van aanbieders, verzekeraars, NZa, Vektis en SBG op basis van een nader uit te werken concreet plan van aanpak. De aanbevelingen van de hiervoor genoemde gebruikersraad zijn belangrijke input voor de werkgroep. Het plan van aanpak kan concreet worden opgesteld voor het eerstvolgende jaar en op hoofdlijnen voor de 2 jaren die daarop volgen.

Diagnose	laag		midden		hoog	
	GGZ fictief	landelijk	GGZ fictief	landelijk	GGZ fictief	landelijk
Angststoornissen	2%	2%	12%	3%	18%	5%
Depressieve stoornissen	0%	4%	4%	7%	8%	10%
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen		2%	3%	2%		2%
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	1%	3%	1%	5%		5%
Aan alcohol gebonden stoornis	4%	20%	14%	28%	12%	33%
Overige aan een middel gebonden stoornis		12%	14%	18%	2%	26%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	2%	4%	12%	14%	24%	28%
Persoonlijkheidsstoornissen	3%	4%	12%	8%	21%	12%
Bipolair en overig	1%	5%	12%	16%	14%	22%
Somatoforme stoornis		2%		6%		9%
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	4%	2%	12%	6%	18%	12%
Restgroep	1%	1%	12%	3%	18%	8%

Tabel 2: Voorbeeld van een zvz-rapportage van een fictieve instelling. Percentage patiënten met dbc's met een klinische opname per zvz-cluster (lege cel betekent geen opname). Bijvoorbeeld bij angststoornissen heeft GGZ fictief 200 DBC's met een zvz-indicator 'hoog' geregistreerd. Bij 36 van deze DBC's (18%) is er sprake van een klinische opname, terwijl dit landelijk (alle zorgaanbieders die voldoen aan de eis van statistische betrouwbaarheid) bij 5% van de DBC's in deze hoogste klasse voorkomt.

1. Inleiding

In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (BA) en het Onderhandelaarresultaat GGZ 2014-2017 zijn afspraken gemaakt over het introduceren van zorgvraagzwaarte. Partijen in de GGZ zijn er van overtuigd dat er verschillen in zorgvraagzwaarte aanwezig zijn en dat die verschillen invloed hebben op de behandelinzet die daarop volgt en de daarmee samenhangende kosten. Deze zorgvraagzwaarte komt (nog) onvoldoende tot uiting in de productstructuur voor de gespecialiseerde GGZ. Het op een zorgvuldige en adequate manier in beeld brengen van de zorgvraagzwaarte kan, zo is de verwachting, de risicoverevening voor verzekeraars onderling, de contractering van zorg door aanbieders en verzekeraars en de materiële controle door verzekeraars bij aanbieders ondersteunen.

De werkgroep Zorgvraagzwaarte heeft in maart 2013 een eerste versie van een zorgvraagzwaarte-indicator (zvz-indicator) opgeleverd (fase 1)[2]. De werkgroep heeft in beeld gebracht welke variabelen mogelijk een rol kunnen spelen bij zorgvraagzwaarte (zie voor een schematische weergave bijlage A). Op basis van analyse van de beschikbare DIS-data is voor een aantal variabelen, te weten de aard van de stoornis, psychosociale factoren, nevendiagnoses en GAF-scores, een verband aangetoond met de behandelinzet. Deze vier variabelen zijn door de werkgroep geoperationaliseerd en ondergebracht in een zevental zorgvraagzwaarteklassen.

De werkgroep Zorgvraagzwaarte heeft in haar eindadvies van maart 2013 aangegeven dat het zvz-model belangrijke beperkingen kent. Het model heeft nog een beperkte zeggingskracht die versterkt en beter onderbouwd moet worden. De werkgroep heeft een aantal aanbevelingen voor de doorontwikkeling van de zvz-indicator meegegeven. Eén daarvan is om de doorontwikkeling plaats te laten vinden in een lerende omgeving met een kennis- en data-infrastructuur, waarin data van onder andere DBC's (DIS/DBC-Onderhoud), declaraties bij zorgverzekeraars (VEKTIS) en ROM (SBG) kunnen worden samengebracht.

In juli 2014 hebben GGZ Nederland, ZN, LVVP, NVvP, NIP en LPGGZ een opdracht voor de werkgroep Doorontwikkeling Zorgvraagzwaarte-indicator (dzvz)[3] fase 2 (zie samenstelling bijlage B) opgesteld, die bestaat uit de volgende drie onderdelen:

1. Het ontwikkelen van een beoordelingskader voor de zvz-indicator;
2. Het onderzoeken van de mogelijkheden om variabelen aan de zvz-indicator toe te voegen;
3. Het onderzoeken van de mogelijkheden om de zvz-indicator met stageringskenmerken te versterken.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft het beoordelingskader. Hoofdstuk 3 gaat dieper in op twee van de vijf criteria van het beoordelingskader, namelijk inhoudsvaliditeit en statistische betrouwbaarheid. In hoofdstuk 4 wordt de robuustheid van de huidige zvz-indicator GGZ getoetst aan de hand van het opgestelde beoordelingskader. Ook worden de afspraken over het gebruik zvz-indicator toegelicht. Deze zijn vastgelegd in een handreiking 'zvz-indicator GGZ voor GGZ-instellingen en zorgverzekeraars'. Voor zelfstandige praktijken zijn separate afspraken gemaakt. Zorgverzekeraars hebben voor hun leden een Uniforme Maatregel 'Gebruik van zorgvraagzwaartegegevens GGZ-instellingen' opgesteld.

---

[2] Zorgvraagzwaarte GGZ, Eindadvies werkgroep zorgvraagzwaarte, maart 2013

[3] In bijlage B is de samenstelling werkgroep Doorontwikkeling zorgvraagzwaarte-indicator GGZ opgenomen.

Hoofdstuk 5 bevat de resultaten van het toevoegen van variabelen aan de zvz-indicator. Hoofdstuk 6 gaat in op de resultaten van het onderzoek naar stagering in relatie tot de zvz-indicator. In hoofdstuk 7 worden de aanbevelingen van de werkgroep voor verdere ontwikkeling van de zvz-indicator GGZ geformuleerd.

2. Resultaten doorontwikkeling (fase 2): Het beoordelingskader

Uit de analyses uitgevoerd in 2012 en 2013 (fase 1) kwam naar voren dat de ontwikkelde zvz-indicator de variantie in behandelminuten en kosten op patiëntniveau voor circa 6,5% verklaart. Veel discussie is ontstaan over de zeggingskracht van de zvz-indicator. Omdat er geen referentiepunt voor handen was, heeft de werkgroep dzvz de opdracht gekregen een beoordelingskader voor de zvz-indicator te ontwikkelen.

2.1 Doelen

De zvz-indicator heeft tot doel te ondersteunen bij zorgcontractering en materiële controle. Met het oog op deze doelen heeft SiRM in opdracht van de werkgroep dzvz een beoordelingskader opgesteld (zie rapportage SiRM, bijlage C). Ook voor risicoverevening heeft de zvz-indicator toegevoegde waarde; hiervoor bestaat echter al een beoordelingskader.

2.2 Beoordelingscriteria

Het beoordelingkader bestaat uit *vijf* beoordelingscriteria:

- inhoudsvaliditeit;
- statistische betrouwbaarheid;
- representativiteit;
- populatievergelijkbaarheid;
- registratievergelijkbaarheid.

Bij het opstellen van de criteria en de wijze van beoordeling van de zvz-indicator is aangesloten op het beoordelingskader zoals beschreven in de indicatorstandaard kwaliteitsindicatoren[4] en de risicoverevening.

2.3 Stoplichtenmodel per criterium

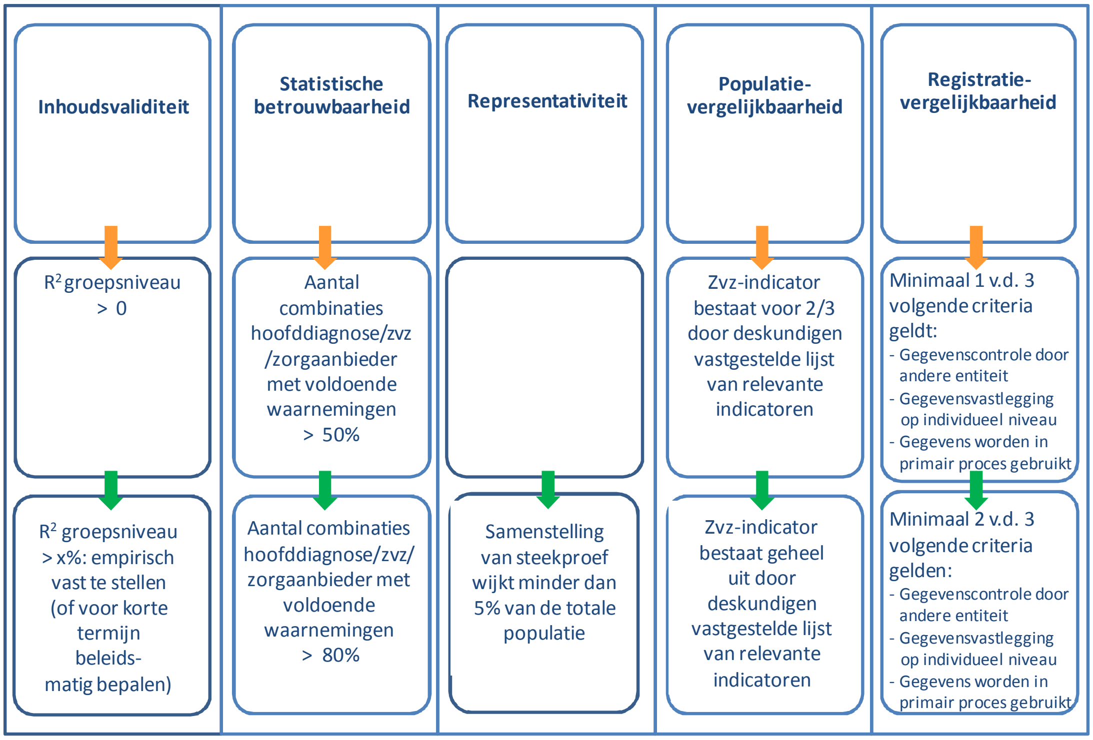
Elk criterium is geoperationaliseerd. Met behulp van een zogenaamd stoplicht wordt aangegeven wat de criteria zijn voor overgang naar oranje en van oranje naar groen (zie figuur 1).

2.4 Gebruik en doorontwikkeling beoordelingskader

De beoordelingscriteria betekenen een aanmerkelijke verrijking ten opzichte van situatie bij de ontwikkeling van zvz-indicator in fase 1. Toen was immers het enige criterium dat is gehanteerd de inhoudsvaliditeit aan de hand van de R-kwadraat (R^2), welke bovendien berekend werd op individueel niveau in plaats van op groepsniveau.

In de werkgroep is discussie gevoerd over de wetenschappelijke onderbouwing van de zvz-indicator en het beoordelingskader. De zvz-indicator en het beoordelingskader vormen beleidsinstrumenten, die beide methodisch zo zorgvuldig mogelijk zijn ontwikkeld.

[4] De indicatorstandaard wordt door ZorginstituutNL gehanteerd bij de beoordeling van kwaliteitsindicatoren.



Figuur 1: Beoordelingskader zvz-indicator

De beperkingen in beide instrumenten sluiten naar oordeel van de werkgroep dzvz toepassing in de praktijk niet uit, mits de voorwaarden waaronder dit gebeurt daarop aansluiten. Vanuit dit perspectief heeft de werkgroep dzvz het beoordelingskader toegepast op de zvz-indicator (zie hoofdstuk 4).

3. Resultaten doorontwikkeling (fase 2): Berekening inhoudsvaliditeit en statistische betrouwbaarheid

3.1 Inhoudsvaliditeit: R^2 op groepsniveau

Een centraal criterium in het beoordelingskader vormt de inhoudsvaliditeit: Meten we met de zvz-indicator daadwerkelijk verschillen in behandelinzet? De inhoudsvaliditeit is eerder in het traject zvz (fase 1) getoetst aan de hand van een R-kwadraat (R^2) op basis van individuele zorgtrajecten. Deze toets brengt de mate van samenhang tussen de zvz-indicator en behandelinzet per diagnosegroep in beeld. In het beoordelingskader is voor het criterium Inhoudsvaliditeit voorgesteld de verklarende variantie van de zvz-indicator (R^2) op groepsniveau te berekenen, omdat de zvz-indicator niet op individueel maar op groepsniveau (zorgaanbiederniveau) wordt gebruikt.

3.2 Statistische betrouwbaarheid

Door SiRM is een methode voorgesteld waarbij per diagnosegroep, zvz-klasse en zorgaanbieder wordt bepaald hoeveel waarnemingen minimaal nodig zijn om met behulp van de zvz-indicator een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over verschillen in zorgvraagzwaarte. Met behulp van een zogenaamde poweranalyse wordt een minimum aantal waarnemingen per diagnosegroep en zvz-klasse bepaald.

3.3 Operationalisatie van de voorgestelde methode

In de periode januari tot mei 2015 is deze methode op basis van de DBC-data, aangeleverd tot en met 31 mei 2014 aan de DIS, door de werkgroep dzvz uitgewerkt (zie bijlage D). Uit de analyses is naar voren gekomen dat het benodigd minimum aantal waarnemingen voor een groot aantal diagnosegroepen en zvz-klassen per zorgaanbieder hoog is; in een relatief groot aantal klassen zijn er meer dan 300 waarnemingen vereist (ruim 20%). Dit hoge aantal benodigde waarnemingen kan worden verklaard door een grote spreiding in de behandelinzet binnen dezelfde zvz-klasse en/of weinig verschillen in behandelinzet tussen opeenvolgende zvz-klassen. Het aantal zorgaanbieders dat per diagnosegroep en zvz-klasse dan resteert, is voor deze diagnosegroepen en zorgzwaarteklassen vanzelfsprekend klein. Uit de analyse is voorts gebleken dat de R^2 voor de behandelminuten toeneemt van 7% op individueel niveau naar circa 25% op groepsniveau.

3.4 Toepassing in de praktijk

Om de hiervoor beschreven methode toepasbaar te maken voor de praktijk is door de werkgroep dzvz een drietal ‘ingrediënten’ ontwikkeld.

a. Clustering van zvz-klassen

Voor het in paragraaf 3.3 beschreven probleem met betrekking tot het hoog aantal benodigde waarnemingen is een oplossing gevonden door de zvz-klassen te clusteren in:

- laag (zvz-klasse 1,2 en 3);
- midden (zvz-klasse 4 en 5);
- hoog (zvz-klasse 6 en 7).

Met zo’n clustering komen meer waarnemingen per klasse tot stand en nemen de verschillen tussen de zvz-klassen toe.

Nagegaan is wat het aantal DBC’s en aantal aanbieders is dat op basis van de DIS-data 2011 voldoende waarnemingen kent (zie tabel 4). Voor veel diagnosegroepen resteert circa 60-80% van de DBC’s. Het aantal zorgaanbieders varieert per diagnosegroep. Voor depressie en angststoornissen is het percentage zorgaanbieders het hoogst (circa 40%).

De diagnosegroepen eetstoornissen en overige stoornissen in de kindertijd kennen in 2011 onvoldoende DBC's om te gebruiken in de praktijk.

Deze (aangepaste) methode met clustering van zvz-klassen levert - naast een minimum aantal waarnemingen per diagnosegroep, zvz-cluster en zorgaanbieder - een R^2 op groepsniveau op van 38% voor de behandelminuten. In de berekening van dit percentage zijn de gegevens van zorgaanbieders, die voor een diagnosegroep en zvz-klasse niet aan dit aantal waarnemingen voldoen[5], niet meegenomen.

Diagnose	Voldoen aan t-toets (1)			
	DBC's		aanbieders	
	aantal	%	aantal	%
Angststoornissen	62.654	83%	77	38%
Depressieve stoornissen	103.364	90%	77	40%
Somatoforme stoornis	9.441	58%	25	16%
Restgroep	8.851	56%	49	28%
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	17.895	68%	27	24%
Persoonlijkheidsstoornissen	36.066	64%	40	24%
Bipolair en overig	22.396	88%	52	32%
Aan alcohol gebonden stoornis	15.829	78%	24	17%
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	19.709	77%	46	25%
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	6.223	35%	18	11%
Eetstoornissen (2)	569	7%	12	8%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	38.855	81%	36	24%
Overige stoornissen in de kindertijd (2)	24	2%	1	1%
Overige aan een middel gebonden stoornis	17.309	81%	22	15%

Tabel 4: DBC's en zorgaanbieders die voldoen aan het minimum aantal waarnemingen

De clustering van 7 naar 3 zvz-klassen biedt een praktische oplossing voor het probleem van statistische betrouwbaarheid. Het leidt weliswaar tot minder gedetailleerde informatie dan bij zeven zvz-klassen, maar is met drie clusters ook praktisch beter hanteerbaar. De werkgroep dzvz beveelt aan bij doorontwikkeling van de zvz-indicator deze indeling ook inhoudelijk nog nader te beoordelen.

b. Stappenplan

De hiervoor beschreven methode met betrekking tot het bepalen van het aantal vereiste waarnemingen per zvz-cluster en diagnosegroep is complex. Er is een concreet stappenplan opgesteld, waarin de methode praktisch wordt uitgelegd (zie bijlage D) en waarmee voor elke zorgaanbieder kan worden bepaald voor welke diagnosegroepen en zvz-klassen de zvz-indicator kan worden gebruikt.

---

[5] In aanvulling op de door SiRM voorgestelde methode in het Beoordelingskader (zie bijlage C).

c. Hulpmiddelen voor gebruik in de praktijk

De door de werkgroep gebruikte methode is niet alleen complex in uitleg maar ook in resultaat. Per zorgaanbieder zal er sprake zijn van diagnosegroepen en zvz-clusters (laag-midden-hoog) die wel/niet voldoen aan de gestelde criteria voor gebruik. Om de complexiteiten van deze methode bij gebruik in de praktijk te ondervangen, kan voor elke zorgaanbieder een overzicht worden samengesteld, waarin wordt aangegeven welke diagnosegroepen en clusters in relatie tot zorgvraagzwarte geschikt zijn voor gebruik in de praktijk (zie tabel 5).

Aanbieder GGZ Fictief 1:	zvz-cluster		
10.000 patiënten	laag	midden	hoog
Angststoornissen	429	1.255	37
Depressieve stoornissen	548	1.795	266
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	135	403	16
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	6	196	65
Aan alcohol gebonden stoornis	65	333	26
Overige aan een middel gebonden stoornis	47	363	54
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	13	526	517
Persoonlijkheidsstoornissen	30	903	246
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	125	387	32
Bipolair en overig	170	322	62
Somatoforme stoornis	75	228	4
Restgroep	112	184	26

Aanbieder GGZ Fictief 2:	zvz-cluster		
1.000 patiënten	laag	midden	hoog
Angststoornissen	59	171	5
Depressieve stoornissen	45	148	22
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	43	129	5
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	0	10	3
Aan alcohol gebonden stoornis	3	17	1
Overige aan een middel gebonden stoornis	2	18	2
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	1	26	26
Persoonlijkheidsstoornissen	1	18	5
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	6	19	2
Bipolair en overig	54	103	20
Somatoforme stoornis	4	11	
Restgroep	6	9	1

Tabel 5: Overzicht van twee fictieve zorgaanbieders met respectievelijk 10.000 en 1.000 patiënten. (Groen: Diagnosegroepen en zvz-clusters die voldoen aan het minimum vereiste aantal waarnemingen)

In tabel 6 wordt met een voorbeeld weergegeven welke informatie in het kader van praktijkvariatie met de zvz-indicator kan worden getoond.

Diagnose	laag		midden		hoog	
	GGZ fictief	landelijk	GGZ fictief	landelijk	GGZ fictief	landelijk
Angststoornissen	2%	2%	12%	3%	18%	5%
Depressieve stoornissen	0%	4%	4%	7%	8%	10%
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen		2%	3%	2%		2%
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	1%	3%	1%	5%		5%
Aan alcohol gebonden stoornis	4%	20%	14%	28%	12%	33%
Overige aan een middel gebonden stoornis		12%	14%	18%	2%	26%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	2%	4%	12%	14%	24%	28%
Persoonlijkheidsstoornissen	3%	4%	12%	8%	21%	12%
Bipolair en overig	1%	5%	12%	16%	14%	22%
Somatoforme stoornis		2%		6%		9%
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	4%	2%	12%	6%	18%	12%
Restgroep	1%	1%	12%	3%	18%	8%

Tabel 6: Voorbeeld van een zvz-rapportage van een fictieve instelling. Percentage patiënten met dbc's met een klinische opname per zvz-cluster (lege cellen: onvoldoende waarnemingen). Bijvoorbeeld bij angststoornissen heeft GGZ fictief 200 DBC's met een zvz-indicator 'hoog' geregistreerd. Bij 36 van deze DBC's (18%) is er sprake van een klinische opname, terwijl dit landelijk (alle zorgaanbieders die voldoen aan de eis van statistische betrouwbaarheid) bij 5% van de DBC's in deze hoogste klasse voorkomt.

4. Resultaten doorontwikkeling (fase 2): Beoordeling en gebruik van de zvz-indicator

4.1 Beoordeling robuustheid van de zvz-indicator

In fase 2 van het onderzoek naar zorgvraagzwaarte is een methode ontwikkeld om de indicator op groepsniveau te presenteren. Tevens zijn de zeven zvz-klassen gegroepeerd in een drietal clusters: laag-midden-hoog (zie paragraaf 3).

De werkgroep dzvz heeft de robuustheid van de zvz-indicator op groepsniveau aan de hand van de gestelde criteria van het beoordelingskader getoetst:

1. Inhoudsvaliditeit: Met behulp van de R^2 wordt getoetst in hoeverre de zvz-indicator de verwachte behandelinzet kan verklaren. Deze bedraagt volgens de door de werkroep uitgewerkte methode op groeps- en clusterniveau (zie paragraaf 3.4) circa 38% voor de behandelminuten en heeft daarmee een significante, maar nog matige zeggingskracht: *Stoplicht oranje.*
2. Statistische betrouwbaarheid: Voor elke aanbieder wordt vastgesteld of er voldoende patiënten per cluster van zorgvraagzwaarte en hoofdgroepdiagnose zijn om statistisch betrouwbare zvz-gegevens te kunnen presenteren[6]. Met het volgen van deze methode worden uitsluitend gegevens van zorgaanbieders gebruikt die beschikken over voldoende waarnemingen. Uit analyse blijkt dat een groot aantal DBC's resteert (76%); het aantal zorgaanbieders per diagnosegroep/zvz-klasse is echter beperkt (varieert van 1-40%): *Stoplicht oranje*.
3. Representativiteit: De representativiteit wordt vastgesteld aan de hand van een statistische toets waarmee wordt onderzocht of de samenstelling van de gebruikte dataset overeenkomt met de totale dataset. Er is sprake van een grote deelverzameling van DBC's, die representatief is voor de populatie: *Stoplicht groen*.
4. Registratievergelijkbaarheid: Getoetst wordt of de gehanteerde gegevens juist zijn geregistreerd. Belangrijke beoordelingsmaatstaven zijn of de gegevens die op individueel niveau worden vastgelegd, worden gebruikt in het primaire proces van de zorgverlening en door een andere entiteit worden gecontroleerd. Aan de eerste twee elementen wordt voldaan; de controle is gedeeltelijk van toepassing; door onder andere de instelling zelf, de accountant en zorgverzekeraar worden controles uitgevoerd. Deze controles spitsen zich niet toe op enkele inhoudelijke elementen (zoals GAF): *Stoplicht oranje.*
5. Populatievergelijkbaarheid: Nagegaan wordt of de zvz-indicator in afdoende mate de verschillen in de populatie in beeld brengt. Het model zvz is in fase 1 uitgebreid door deskundigen beoordeeld en getoetst op basis van beschikbare data: *Stoplicht groen*.

Overall kan worden vastgesteld dat zvz-indicator 2.0 '*oranje*' scoort. De zeggingskracht van de indicator op groepsniveau is onvoldoende om alleen op basis hiervan conclusies te trekken, noch door GGZ-aanbieders, noch door zorgverzekeraars. Doorontwikkeling van de zvz-indicator is noodzakelijk om er voor zorg te dragen dat de waarde ervan verder wordt verbeterd.

---

[6] De door de werkgroep dzvz gehanteerde methode van clustering en het niet meenemen van zorgaanbieders met te weinig waarnemingen per zvz-klasse leidt er toe dat het door SiRM ontworpen beoordelingkader met betrekking tot dit criterium anders is toegepast (zie paragraaf 2.2, statistische betrouwbaarheid).

4.2 Gebruik van de zvz-indicator: Handreiking en Uniforme Maatregel

Aanlevering van de zvz-indicator is door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verplicht gesteld per 1 januari 2014 voor alle zorgaanbieders in de GGZ; vanaf 2016 vindt aanlevering (gepseudonimiseerd) plaats via de declaratie.

Op grond van de conclusies, zoals in paragraaf 4.1 verwoord, stellen partijen vast dat een gebruik van de zvz-indicator mogelijk is en waarde kan toevoegen wanneer dit verantwoord gebeurt in een omgeving waarin:

- De zvz-indicator door zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt gebruikt als een **hulpmiddel** om met elkaar het gesprek aan te gaan over verschillen in behandelinzet.
- L**andelijk spelregels** zijn gedefinieerd onder welke voorwaarden de zvz-indicator kan worden gebruikt.

Partijen hebben afgesproken dat de zvz-indicator vooralsnog uitsluitend wordt gebruikt voor GGZ-instellingen, die bij de verschillende hoofddiagnoses/zorgvraagzwaarte-clusters voldoen aan de eis van statistische betrouwbaarheid.

Voor zelfstandig gevestigde behandelaren is het gebruik van de zvz-indicator nog niet van toepassing. Hiervoor wordt in een volgende fase (fase 3) van het doorontwikkeltraject een oplossing gezocht, zodat ook in gesprekken tussen deze zorgaanbieders en zorgverzekeraars de zvz-indicator kan worden gehanteerd.

Voor het gebruik van de zvz-indicator voor GGZ-instellingen is een handreiking opgesteld (zie bijlage F), waarin de zvz-indicator, de hiervoor benodigde gegevensaanlevering en de uitgangspunten en spelregels voor het gebruik daarvan worden toegelicht.

ZN heeft voor haar leden een zogenaamde uniforme maatregel ‘Gebruik van zorgvraagzwaarte-gegevens GGZ-instellingen’ opgesteld.

5. Resultaten doorontwikkeling (fase 2): Toevoegen nieuwe variabelen

In overeenstemming met het advies van de werkgroep Zorgvraagzwaarte van maart 2013 is in de periode september tot december 2014 onderzoek gedaan naar het toevoegen van nieuwe variabelen aan het zvz-model (zie bijlage D voor de rapportage van de werkgroep Analyse).

Daartoe is een onderzoeksomgeving met DIS-, Vektis- en ROM-data ingericht. Als eerste is nagaan wat de verklaarde variantie van het bestaande zvz-model is met meer recente data, namelijk zorgtrajecten gestart in 2011 en 2012 in plaats van 2009 en 2010. De R^2 op individueel niveau bleek voor de behandelminuten 5,5% te bedragen. Of dit echt een noemenswaardige verlaging is ten opzichte van de 6,5%, die in eerdere analyses bij de ontwikkeling van zvz-indicator is bepaald, valt niet precies te zeggen omdat er sprake is van een andere steekproef. De variantie in verblijfsdagen is vergelijkbaar met de resultaten uit eerdere analyses.

Vervolgens is nagegaan wat het toevoegen van gegevens over de ernst van de stoornis (ROM-gegevens) en over somatische comorbiditeit (farmaceutische kostengroepen (FKG's)) voor de Zvz-indicator oplevert. Het effect op individueel niveau bleek gering (< 1%). Een complicatie is dat het aantal voor analyse geschikte data zeer gering in omvang is vanwege het nog beperkt beschikbaar zijn van ROM-gegevens (dit gaat ten koste van het beoordelingscriterium representativiteit).

De werkgroep dzvz stelt voor om het onderzoek naar het effect van deze variabelen in een volgende fase verder te onderzoeken. Er zijn dan naar verwachting meer data beschikbaar. Ook zal dan conform het ontwikkelde beoordelingskader, het effect op groepsniveau kunnen worden berekend.

6. Resultaten doorontwikkeling (fase 2): Versterking van de zvz-indicator met stageringskenmerken

Eén van de adviezen van de werkgroep zvz, fase 1 was om bij de doorontwikkeling verder onderzoek te doen naar stagering in relatie tot de zvz-indicator. Met stagering wordt geduid op de mate van progressie van de ziekte ofwel de fase van ontwikkeling van de ziekte waarin de patiënt zich bevindt.

Door SiRM is onderzocht of stagering toegevoegde waarde heeft voor het verklaren van de behandelinzet en de daarmee gepaarde GGZ-kosten voor personen met depressie. Er is een literatuurstudie uitgevoerd en er zijn data uitgevraagd met betrekking tot stagering bij Nesda (Nederlandse Studie naar Depressie en Angst), kosten bij Vektis en zvz-klasse bij DIS (zie bijlage E voor onderzoek Stagering).

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er nog nauwelijks onderzoek is gedaan naar de relatie tussen stagering en de behandelinzet in de psychiatrie. Voor verdere ontwikkeling van de zvz-indicator biedt de literatuur in dit opzicht geen verdere handvatten.

Het kwantitatief onderzoek op basis van de NESDA heeft nog geen bruikbare resultaten opgeleverd. SiRM concludeert dat stagering potentieel van toegevoegde waarde kan zijn; nader wetenschappelijk onderzoek naar het concept stagering is daarvoor echter noodzakelijk. Hiervoor kunnen cohort-studies worden gebruikt. Om de invloed van de ziektegeschiedenis op de behandelinzet op basis van een groot aantal gegevens te toetsen, beveelt SiRM aan om met behulp van een combinatie van DIS- en Vektis-gegevens vanaf 2009 een benadering daarvan te maken. Met het oog op de risicoverevening is daarvoor vergelijkbaar onderzoek gedaan[7].

De werkgroep dzvz concludeert op basis van het onderzoek van SiRM dat stagering op korte termijn voor de zvz-indicator nog geen praktische betekenis heeft. Voor de verschillende patiëntengroepen kan op basis van gegevens in het kader van wetenschappelijk onderzoek worden onderzocht of en op welke wijze een model van stagering toegevoegde waarde heeft voor het verklaren van verschillen in de behandelinzet. De beschikbaarheid van voldoende data lijkt vooralsnog ook bij het gebruik van cohort-studies een probleem te vormen. Ook verschillen deskundigen van mening over de kansrijkheid van dergelijk onderzoek in relatie tot versterking van de zvz-indicator. Nader wetenschappelijk onderzoek naar en consensus over het concept stagering valt naar de mening van de werkgroep vooralsnog buiten de scope van de verdere ontwikkeling van de zvz-indicator GGZ en is om die reden ook niet opgenomen bij de aanbevelingen voor verdere doorontwikkeling van de zvz-indicator (zie hoofdstuk 7). De aanbeveling voor nader onderzoek naar het effect van de ziektegeschiedenis op basis van DIS- en Vektis-gegevens sluiten aan op de aanbevelingen van de werkgroep Doorontwikkeling en kan in fase 3 van het doorontwikkeltraject een plaats krijgen (zie paragraaf 7).

7 Van Asselt, et al, 2014, Meerjarige hoge kosten als vereveningscriterium in het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ, WOR691, april 2014, Den Haag.

7. Aanbevelingen doorontwikkeling van de zvz-indicator GGZ (fase 3)

De basis voor de zvz-indicator GGZ is gelegd. Deze kan in de komende jaren verder worden doorontwikkeld en geoptimaliseerd. De werkgroep stelt voor dit te doen in behapbare en overzichtelijke stappen. Voor de verdere doorontwikkeling van de zvz-indicator GGZ (fase 3) stelt de werkgroep concreet het volgende voor:

1. Doorontwikkeling zvz-indicator

a. Verbetering Inhoudsvaliditeit op basis van beschikbare gegevens conform het voorstel van de werkgroep Zorgvraagzwaarte fase 1: juni 2015 – juni 2016

Het verder onderzoeken van het effect (op groepsniveau) voor de inhoudsvaliditeit van de variabelen zoals aangeven door de eerste werkgroep Zorgvraagzwaarte waaronder:

- Ernst van stoornis naar symptomatologie (ROM gegevens);
- Somatische co-morbiditeit (FKG's-Vektis-gegevens);
- Verloop van de stoornis (Vektis-gegeven);
- Andere nader te bepalen profileringskenmerken, mede op basis van inzichten die worden verkregen in het kader van de doorontwikkeling van de productstructuur (zie ad c.).

Daarbij is van belang de overige variabelen van het beoordelingskader (populatievergelijkbaarheid, statistische betrouwbaarheid, registratievergelijkbaarheid en representativiteit) op een zelfde niveau te houden. Representativiteit is vooral een aandachtspunt bij het toevoegen van ROM-gegevens.

Een afzonderlijk aandachtspunt betreft de inhoudelijke beoordeling van de gehanteerde clustering in zvz-klassen.

b. Technische verbeteringen in berekeningswijze: juni 2015 – juni 2016

Met behulp van analyses is de afgelopen periode een aantal punten geadresseerd die of nog nader onderzoek verdienen of wel aanpassing vereisen. Het gaat daarbij niet om inhoudelijke aanpassingen, maar aanpassingen in de berekeningswijze op diverse onderdelen.

c. *Zvz-indicator in relatie tot de doorontwikkeling van de productstructuur DB(B)CGGZ/DSMV: december 2015 – februari 2016*

De doorontwikkeling van de productstructuur DB(B)C GGZ die in de komende tijd gaat plaatsvinden, kan input geven aan nieuwe te onderzoeken variabelen ten behoeve van de versterking van de inhoudsvaliditeit. Tegelijkertijd zullen ook hier de andere criteria van het beoordelingskader ten minste op hetzelfde niveau moeten blijven om daadwerkelijk van een verbetering van de indicator te kunnen spreken. Een belangrijk aandachtspunt vormt tevens de nieuwe versie van de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V' (DSMV). Met introductie van dit instrument verdwijnt de assen-structuur uit de huidige versie (DSMIV) en is bijvoorbeeld de GAF-score (as 5) niet meer voorgeschreven. Dit heeft consequenties voor de zvz-indicator. Naar verwachting zal eind 2015 meer zicht bestaan op de wijze waarop de productstructuur wordt doorontwikkeld en de consequenties daarvan voor de diagnoseclassificatie. Dan kan ook gekeken worden naar eventuele consequenties voor verder onderzoek ter verbetering van de zvz-indicator.

2. Gebruik in de praktijk

a. Instellen gebruikersraad (*Q4 2015 en verder*)

Voorgesteld wordt een gebruikersraad van zorgverzekeraars en zorgaanbieders in te stellen die volgt welke informatie beschikbaar wordt gesteld, wat de ervaringen zijn en aanbevelingen doet voor de doorontwikkeling en het gebruik van de zvz-indicator. Belangrijk is dat de gebruikersraad vaststelt hoe de evaluatie wordt vormgegeven en hoe deze jaarlijks wordt meegenomen bij de verdere besluitvorming over de zvz-indicator.

b. Praktijktoetsen (Q4 2016)

Voor de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarte is de ervaren waarde in de praktijk uiteraard een belangrijk aandachtspunt. Wanneer de diverse belanghebbenden de zvz-indicator nu al waarderen als een instrument bij de contractering en de materiële controle, kan dat zowel een reden zijn om zo nodig nog meer ontwikkeltijd te spenderen voor het nog sterker maken van de indicator dan wel om deze op niveau te houden. Onderzoek hiernaar kan op zijn vroegst starten in Q4 van 2016.

c. Ontwikkelen van rapportages voor vrij gevestigde zorgaanbieders/kleine zorgaanbieders (Q4 2015 – Q1 2016)

De zvz-indicator biedt voor zorgaanbieders met kleine aantallen patiënten c.q. waarnemingen nog geen instrument ter ondersteuning van contractering of materiële controle. De gegevens over de zvz-indicator, zullen - evenals andere DBC-gegevens in praktijkvariatie-rapporten/rapportages - niet op individueel behandelaarniveau worden gepresenteerd. LVVP, NVvP en GGZ Nederland gaan na of het mogelijk is een voorstel uit te werken om - evenals bij de werkwijze bij de ROM - deze gegevens voor een samenstel van praktijken te presenteren

Het voorstel is voor de doorontwikkeling van de zvz-indicator een werkgroep van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, NZa, Vektis en SBG in te stellen, die op basis van een concreet plan van aanpak de hiervoor genoemde activiteiten coördineert. Het plan van aanpak kan concreet worden opgesteld voor het eerst volgende jaar en op hoofdlijnen voor de 2 jaren die daarop volgen.

Bijlage A: Schematische weergave zvz-model en doorontwikkelpunten

ZVZ-model

	Variabele	Databron	Onderdeel indicator zvz 1.0?	Doorontwikkelagenda voor variabelen van model 1.0
a	Aard van stoornis binnen hoofddiagnosegroep	DIS: hoofddiagnose DSM IV as I of II	ja, 3-deling obv expertkennis: 1 = gemiddeld 2 = gemiddeld / variabel / onbepaald 3 = zwaar	optimaliseren 3-deling en onderzoek naar het effect van een driedeling (weging binnen de indicator)
b	Ernst van stoornis naar symptomatologie	SBG: beginscore ROM		onderzoek adhv datakoppeling
c	Ernst van de stoornis naar impact op functioneren	DIS: as V (GAF)	ja, 3-deling: 0 = ≥60 1 = 41-60 2 = ≤40	Onderzoek naar het effect van een driedeling (weging binnen de indicator). Alternatief voor GAF (ROM-instrument)?
		SBG: ROM / WHO-DAS		onderzoek alternatief voor GAF.
d	Nevendiagnose(s)	DIS: nevendiagnose(s) DSM IV as I of II	ja, 2-deling: 0 = geen nevendiagnose(s) 1 = wel nevendiagnose(s)	
e	Complicerende factoren die van invloed zijn op het functioneren of op de ziekte zelf.			
	i. Somatiek	DIS: DSM IV as III (somatische aandoeningen)	nee, geen verband aangetoond	opnieuw onderzoeken na datakoppeling
		Declaratiegegevens Vektis (somatische aandoeningen)		onderzoek adhv datakoppeling
		Declaratiegegevens Vektis (somatische medicatie)		onderzoek adhv datakoppeling
	ii. Psychosociaal/omgeving	DIS: DSM IV as IV (Psychosociale en omgevingsfactoren)	ja, 2-deling: 0 = geen psychosociale factoren 1 = wel psychosociale factoren	
f	Verloop van stoornis	Psychiatrische medicatie		?
		behandelgeschiedenis (behandelgegevens, verloop in tijd)		?
		Compliance		?
				Aanvullend advies: Onderzoek het potentieel van stagering
	Toelichting		De zvz-indicator 1.0 bestaat uit 36 groepen, die op basis van hun scores terug te voeren zijn naar 7 niveaus (1-7).	
	Legenda	groen: data beschikbaar en onderzocht	groen: onderdeel van de zvz-indicator 1.0	
		rood: data niet beschikbaar	rood: geen onderdeel van de zvz-indicator 1.0	

Bijlage B: Samenstelling werkgroep Doorontwikkeling Zorgvraagzwaarte

Marleen van Amersfoort, onafhankelijk voorzitter

Jan Derksen, LVVP

Marloes van Es, GGZ Nederland

Eddy Faber, GGZ Nederland

Arnold van der Lee, Zilveren Kruis

Jan Jongmans, Zilveren Kruis

Jaap van der Rijst, ZN

Leonne van Santbrink, Mondriaan

Noortje Sax, NVvP

Judith Veenendaal, LVVP

Anita de Vries, Lentis

Rob Wiewel, NIP

Adviserende leden:

Edwin de Beurs, SBGGZ

Richard Boxem, NZA

Femke van de Pol, NZa

Guus de Ruiter, Vektis

Projectmanagement :

Annemarieke Verboom/Sarah Prins, Capgemini Consulting

Bijlage C: Oplegger en notitie Beoordelingskader

Afzonderlijke bijlage

Bijlage D: Het Verantwoordingsdocument Analyses

Afzonderlijke bijlage: Doorontwikkeling zorgvraagzwaarte, rapportage onderzoek deel 1: Nieuwe variabelen en deel 2: Zorgvraagzwaarte-indicator op groepsniveau, Versie 0.2

Bijlage E: Onderzoek Stagering: De toegevoegde waarde voor de zvz-indicator

Afzonderlijke bijlage

Bijlage F: Handreiking Gebruik zorgvraagzwaarte-indicator GGZ Voor GGZ-instellingen en zorgverzekeraars

Afzonderlijke bijlage